



Vice-eersteminister
en minister van Sociale Zaken
en Volksgezondheid

Frank Vandenbroucke

HERVORMING VAN DE ZIEKENHUISORGANISATIE EN -FINANCIERING

Minister Frank Vandenbroucke

28 januari 2022

Contents

1.	INLEIDING	2
2.	HERVORMING VAN HET ZIEKENHUISLANDSCHAP	4
3.	HERVORMING VAN DE ZIEKENHUISFINANCIERING.....	7
3.1	Naar een pathologieforfait per opname	7
3.1.1	Algemeen principe.....	7
3.1.2	Versnelde aanpak voor klinische biologie; medische beeldvorming en geneesmiddelen 8	
3.1.3	Essentiële randvoorwaarden.....	10
3.1.4	Een stap richting bundled payment	12
3.2	Stimuleren en harmoniseren van de daghospitalisatie.....	12
3.3	De financiering en organisatie van specifieke functies en opdrachten	13
4.	HERVORMING VAN DE NOMENCLATUUR	14
5.	VALUE BASED PURCHASING : HET MODULEREN VAN DE OP ACTIVITEITEN GEBASEERDE ZIEKENHUISFINANCIERING IN FUNCTIE VAN BEREIKTE KWALITEIT	15
6.	BEHEERSING VAN DE SUPPLEMENTEN.....	16

1. INLEIDING

De aanpak van de corona pandemie heeft alle aandacht en inzet opgeëist van eenieder in de gezondheidszorg. We beleven sinds twee jaar een sanitaire crisis zonder voorgaande met een belangrijke mortaliteit. Dankzij de competentie en inzet van de verschillende actoren in onze gezondheidszorg, en in onderlinge solidaire samenwerking zijn evenwel ook zeer veel levens gered. Meer dan ooit zijn de fundamentele waarden van onze zorgorganisatie aangetoond, met name het voorzien in kwaliteitsvolle voor iedereen toegankelijke zorg.

De strategische doelstelling van het beleid, zoals uiteengezet in de beleidsverklaring van oktober 2021, bestaat erin om de fundamentele waarden van ons zorgorganisatiemodel te versterken teneinde de duurzaamheid ervan in een budgettair aanvaardbaar kader te kunnen blijven garanderen. Een fundamentele houvast hierbij is wetenschap en solidariteit. Wetenschap om op basis van feiten, kritische analyse en het verwerven van voortdurende nieuwe inzichten mensen gezond te houden, of opnieuw gezond te maken. Solidariteit als fundament ingebakken in onze sociale zekerheid en in onze gezondheidszorg.

Deze Quintuple Aim-doelstellingen zijn hierbij leidend:

- Het verbeteren van de zorg zoals die door het individu wordt ervaren (patient experience)
- Het verbeteren van de gezondheidstoestand op bevolkingsniveau (population health)
- Het verbeteren van de rechtvaardigheid in de samenleving met speciale aandacht voor de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in brede zin (d.w.z. niet enkel financieel) en met inclusie van verschillende vormen van diversiteit (equity)
- Het realiseren voor de patiënt van meerwaarde op het vlak van gezondheid met de ingezette middelen (reducing costs)
- Het garanderen dat professionelen in de gezondheidszorg hun werk op een goede en duurzame manier kunnen doen (provider experience)

Of om het gebald te zeggen: hoe organiseren we ons? Hoe zorgen we ervoor dat we met de beschikbare middelen meer gezondheid, een betere zorgervaring, een minder stresserend werkklimaat en meer sociale gelijkheid tot stand brengen in de gezondheidszorg? Hoe realiseren we Value Based Health Care?

De epidemie heeft de veerkracht van ons systeem getoond en dus voor heel wat positiefs gezorgd. Denk aan de spontane samenwerking, bottom-up. Mensen in de zorg gingen plots op andere diensten werken, of gingen mensen virtueel bereiken via teleconsultaties of andere innovatieve online-toepassingen die ze nooit eerder gebruikten. Fysiek op afstand maar mentaal toch nabij. Muren werden afgebroken, het hokjes-denken doorbroken. Die positieve evoluties moeten we koesteren, en nu verankeren.

Tegelijk toonde de epidemie ook verbeterpunten. We hebben geleerd hoe belangrijk het is om te blijven investeren in onze gezondheidszorg. Een toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg vereist - behalve het meest doeltreffende organisatiemodel - een doeltreffende financiering. Het ene hangt vast aan het andere, met de nadruk op het woord 'doeltreffend'.

De regering heeft de sector budgettair ondersteund om de covid pandemie het hoofd te bieden en blijven dat doen. Daarnaast maakt de regering, op basis van het regeerakkoord, substantiële bijkomende middelen vrij om prioritaire behoeften in te vullen. Aansluitend op de quintuple aim doelstellingen, hebben we zo via het Zorgpersoneelsfonds en het sociaal akkoord middelen vrijgemaakt om de verpleegkundige omkadering te versterken en de werkomstandigheden te verbeteren, met name in de ziekenhuizen. Hiernaast investeren we fors in het uitbreiden van het zorgaanbod in de geestelijke gezondheidszorg; en hebben we de groeinorm opgetrokken van 1,5 tot 2,5 procent. Het globaal budget van de ziekenhuizen evolueerde van 8,27 miljard euro in 2019 naar 9,473 miljard euro in 2021; en ruim 10 miljard euro in 2022.

Een andere prioriteit is het uitbouwen van een zorgorganisatie gericht op doeltreffende multidisciplinaire zorgcoördinatie rond chronische aandoeningen. Dit model moet voorzien in een geïntegreerd zorgcontinuüm doorheen de lijnen in onze gezondheidszorgorganisatie. De ziekenhuizen moeten evolueren naar een schakel in een keten van zorg. De financiering dient stimuli in te houden voor een betere onderlinge afstemming in de organisatie van ziekenhuizen en andere zorgvormen, zoals thuiszorg, eerstelijnszorg, woonzorgcentra, geestelijke gezondheidszorg, revalidatiecentra,.. Een essentiële bouwsteen hierin is het geïntegreerd patiëntendossier en elektronische gegevensuitwisseling. In dit verband is er via het Belgisch Herstelplan en het Europees Relanceplan 126 miljoen euro vrijgemaakt om digitalisering en innovatie in de zorg te kunnen ondersteunen. Ik herinner ook aan de lopende pilootprojecten “chronicare”. Ik betrouw erop dat deze richting zullen geven aan verder te nemen initiatieven in dit belangrijk dossier. De bedoeling is dat dit uitmondt in een samenwerkingsakkoord met de Gemeenschappen terzake tegen eind deze legislatuur.

In de pandemie is opnieuw gebleken hoe ingewikkeld de ziekenhuisfinanciering en -organisatie is. Ondanks hervormingen die twintig jaar geleden gestart zijn, is het systeem intussen nog veel complexer geworden. Er is echt wel een nieuwe, grote hervorming nodig, maar dat vergt veel tijd. Tijdens deze legislatuur moeten dus de noodzakelijke hervormingen gelanceerd worden. Het objectief van deze hervormingen is er een van meerwaardecreatie, dit wil zeggen een optimale verhouding tussen de resultaten van zorg versus de kost, met het oog op na te streven gezondheidszorgdoelstellingen.

We vertrekken daarbij vanuit een meer jaren aanpak, zoveel mogelijk in continuïteit met vroeger genomen beleidsoriëntaties; en in lijn ook met de KCE-studie 229A ‘conceptueel kader voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering’ (2014). Het is de bedoeling vijf essentiële werven onmiddellijk op te starten, uit te werken en te realiseren die deze visie tot meerwaardecreatie concretiseren. Zoals gezegd zal het finale resultaat niet op korte termijn, binnen de huidige regeerperiode, volledig geïmplementeerd kunnen worden. Maar het is wel de bedoeling onomkeerbare en noodzakelijke stappen van een noodzakelijke hervorming te realiseren.

De vijf essentiële werven die we naar voor schuiven zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Het gaat om

- de hervorming van het ziekenhuislandschap
- de ziekenhuisfinanciering
- de hervorming van de nomenclatuur
- Value based purchasing : het moduleren van de op activiteiten gebaseerde ziekenhuisfinanciering op basis van bereikte kwaliteit
- Beheersing van de supplementen

De uitrol van deze hervorming zal in nauw overleg met de stakeholders gebeuren. De bevoegde overleg- en adviesorganen zullen uiteraard hun rol spelen. Gezien de nauwe verwevenheid tussen de nomenclatuurherijking en de aanpassing van de ziekenhuisfinanciering is een gestructureerd overleg tussen artsenvertegenwoordigers, ziekenhuizen en de verzekeringsinstellingen eveneens meer dan aangewezen. Hiertoe zal een ad hoc tripartite task force worden opgericht.

2. HERVORMING VAN HET ZIEKENHUISLANDSCHAP

Om de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg aan de bevolking te optimaliseren is het belangrijk om de opdrachten en waar nodig het regelgevend kader van de werking van de ziekenhuisnetwerken te preciseren. Het principe ‘nabije zorg waar mogelijk, geconcentreerde zorg waar nodig’ is hierbij richtinggevend.

In de voorbije legislatuur werden in dit verband initiatieven genomen :

- De concentratie van slokdarm- en pancreascarcinoomchirurgie via ad hoc RIZIV conventies. Uit een eerste evaluatie na een jaar blijkt een positief effect op de resultaten van zorg
- Het oprichten bij wet van de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken (wet van 28 februari 2019 tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, wat de klinische netwerking tussen ziekenhuizen betreft). De netwerken hebben als minimale opdrachten het uitstippelen van het strategisch beleid locoregionale zorg binnen een bepaald zorggebied.

De basisidee die aan de oorsprong ligt van de wet op de locoregionale ziekenhuisnetwerken is dubbel. Enerzijds is het de bedoeling de samenwerking tussen naburige ziekenhuizen te versterken zodat expertise en investeringen gedeeld kunnen worden om op een doelmatige wijze gelijke toegang voor iedereen tot nabije zorg te blijven garanderen. Anderzijds is het de bedoeling de zorg voor meer complexe aandoeningen te concentreren in een beperkt aantal referentiepunten op supraregionaal niveau.

Het is nu kwestie deze doelstellingen te concretiseren om aldus de plaats van de netwerken in de toekomstige zorgorganisatie verder te verduidelijken. Quasi alle netwerken zijn ondertussen gevormd en erkend door de deelstaten . Ze kenmerken zich door een sterke heterogeniteit in hun samenstelling, uitgebreidheid, geografische inplanting en onderlinge cohesie. Hiermee dient rekening gehouden te worden bij het nemen van de benodigde uitvoerings KB's rekening houdend met het feit dat deze

heterogeniteit het uittekenen van een uniform kader dat het zorgaanbod adequaat afstemt op de zorgnood binnen elk netwerk bemoeilijkt.

We voorzien een stapsgewijze aanpak. In eerste instantie wordt invulling gegeven aan de definitie van loco- versus supraregionale zorgopdrachten. Mede op basis van een recent advies van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (FRZV) worden deze opdrachten bij KB verankerd. Daarbij is ervoor gekozen om het initieel voorgestelde onderscheid tussen algemene ("A") en gespecialiseerde ("S") zorgopdrachten binnen de locoregionale zorgopdrachten niet te hanteren, dit grotendeels omwille van het heterogeen karakter van de gevormde netwerken.

Deze locoregionale zorgopdrachten binnen elke locoregionale zone dienen verzekerd te worden in samenwerking tussen de naburige ziekenhuizen. Belangrijk is dat daarbij, in functie van de pathologie, aandacht besteed wordt aan het verzekeren van een passende en gelijke bereikbaarheid over de ganse zone bestreken door het netwerk. Zo zouden bijvoorbeeld aanrijtijden één van de elementen kunnen zijn die mee in rekening worden genomen bij de organisatie van tijdskritische zorgfuncties (zoals MUG, gespecialiseerde spoedgevallen en het cardiaal zorgprogramma B2). Dit betekent evenwel niet dat deze zorgopdrachten noodzakelijkerwijze in elk van de betrokken ziekenhuizen geboden moeten worden. Ook voor locoregionale zorgopdrachten geldt het belang van een doelmatige organisatie ervan. Zo zal in toepassing van het KCE rapport het minimaal aantal bevallingen als erkenningsvoorwaarde voor een materniteit herzien worden, rekening houdend uiteraard met de kwaliteit van de zorg voor moeder en pasgeborene.

Hiernaast moet werk gemaakt worden van zowel het uitwerken van nog niet gereguleerde zorgopdrachten zoals de majeure traumacentra; als van het limiteren, waar nodig in functie van kwaliteit en doelmatigheid, van zorgopdrachten via programmering of riziv-conventies. We denken hierbij bijvoorbeeld aan de behandeling van hoofd- en halstumoren of ovariumtumoren. De hangende regelgeving met betrekking tot de S2 stroke centra dient te worden gefinaliseerd in het belang van de volksgezondheid.

Het is tevens prioritair de mogelijkheden tot samenwerking tussen ziekenhuizen in netwerkverband te faciliteren en financieel aantrekkelijk te maken. Er zal verder aandacht besteed worden aan het opheffen van regelgevende hinderpalen, zoals onder meer de BTW-wetgeving of de financiering van het interhospitaal vervoer. Dit uiteraard ook met als doelstelling dat de verdere samenwerking tussen ziekenhuizen leidt tot een vermindering en zeker niet tot een verhoging van de patiëntenfactuur. Pilotstudies zijn momenteel lopende om deze kosten in kaart te brengen. Het budget van 7 miljoen euro dat voorzien was om de netwerkvorming te ondersteunen zal hier prioritair voor ingezet worden.

Ook is het vereenvoudigen van de mogelijkheden om bepaalde ondersteunende ziekenhuisfuncties gezamenlijk op netwerkniveau te organiseren essentieel. We denken hierbij in de eerste plaats aan functies als laboratoria, apotheek, sterilisatie,.... De huidige wetgeving voorziet in de mogelijkheid om binnen een gestructureerd samenwerkingsverband bepaalde functies zoals de bereiding en verpakking van geneesmiddelen evenals sterilisatie gezamenlijk te organiseren. We willen deze mogelijke samenwerkingen verder uitbreiden. Zo zal concreet een aanpassing voorzien worden van de erkenningsvoorwaarden voor de labo's anatomopathologie zodat de activiteiten van meerdere ziekenhuizen binnen het netwerk kunnen uitgevoerd worden op 1 centraal technisch plateau.

De finaliteit van de netwerken bestaat erin om aan de hand van een duurzame samenwerking tussen ziekenhuizen op een doelmatige wijze de gelijke toegang voor iedereen tot kwalitatieve nabije zorg te garanderen. Dit vereist dat er op netwerkniveau goede afspraken gemaakt worden over de zorgcontinuïteit, om de nodige kwaliteit en patiëntveiligheid te garanderen. In vele gevallen houdt dit een reorganisatie van klinische zorgopdrachten binnen het netwerk in. Deze reorganisatie zal in een volgende fase aan bod komen dit vraagt, mede in het kader van mogelijke infrastructuurwerken, meer tijd. Dit betekent onder meer ook dat bepaalde organieke erkenningscriteria voor diensten en functies worden doorgelicht en dat zorggerelateerde financiering op netwerkniveau wordt voorzien die de reorganisatie van zorgopdrachten binnen het netwerk faciliteert. De geplande overstap van de huidige financiering op basis van verantwoorde bedden in functie van de globale case-mix van het ziekenhuis naar een financiering op basis van all-in pathologie forfaits per DRG is hiertoe een hefboom.

We verwezen reeds naar het uitbouwen van een zorgorganisatie gericht op doeltreffende multidisciplinaire zorgcoördinatie rond chronische aandoeningen als één van de prioriteiten van het beleid.

In dit verband moet werk worden gemaakt van de uitbouw van een gestructureerde samenwerking van de ziekenhuisnetwerken met andere zorgvormen over de bestuursniveaus heen. Dit principe werd reeds verankerd in de gemeenschappelijke verklaring inzake de nieuwe rol van het ziekenhuis in het zorglandschap goedgekeurd door de interministeriële conferentie volksgezondheid op 29 juni 2015. Hierin werd naast de netwerkvorming en samenwerking tussen ziekenhuizen ook gewezen op de noodzaak om netwerkvorming en samenwerking tussen ziekenhuizen en andere zorgverleners en zorgvoorzieningen tot stand te brengen met het oog op het beantwoorden aan de behoeften aan geïntegreerde zorg van de patiënt waarbij verschillende zorgepisodes naadloos op elkaar aansluiten. Tevens werd ook gewezen op het feit dat waar nuttig en aangewezen taakafspraken kunnen worden gemaakt tussen voorzieningen en zorgvormen die onder de bevoegdheid van verschillende bestuursniveaus vallen.

Het is wenselijk om deze problematiek verder uit te diepen en te concretiseren in het kader van de IMC Volksgezondheid. Om dit debat te stofferen zal aan de ziekenhuisnetwerken worden gevraagd om tegen eind 2022 een cartografie op te stellen met betrekking tot de bestaande en de wenselijke samenwerkingsvormen met andere zorgaanbieders en zorgplatformen alsook met betrekking tot gezondheidszorgdoelstellingen die worden nagestreefd en de wijze waarop deze worden opgevolgd.

De Covidperiode heeft aangetoond dat een goede samenwerking een belangrijke meerwaarde kan betekenen. Goede taakafspraken zijn ook een belangrijke hefboom om op termijn in de zorg te komen tot een reële populatiegerichte en proactieve aanpak. Het is duidelijk dat samenwerking geen doel op zich is maar gericht moet zijn op het tot stand brengen van een toegankelijke, kwaliteitsvolle en geïntegreerde zorg die beantwoordt aan de principes van de quintuple aim benadering.

3. HERVORMING VAN DE ZIEKENHUISFINANCIERING

3.1 Naar een pathologieforfait per opname

3.1.1 Algemeen principe

De ziekenhuisfinanciering wordt grondig herzien om de transitie te maken naar een prospectieve financiering die eenvoudiger en transparanter is dan de huidige berekeningsmethode. Essentieel is tevens dat de doelmatigheid in het aanwenden van middelen verhoogd wordt, waarbij uitgegaan wordt van het verantwoord karakter van de in te zetten middelen en van het terugdringen van onnodige variabiliteit in de financiering. Het finale doel is om naar analogie met ons omringende landen over te stappen van het huidige systeem van retrospectieve verantwoorde bedden naar een prospectief op verantwoorde kosten gebaseerd all-in forfait per pathologie voor de zorggerelateerde activiteiten. Dit forfait includeert de kost voor de zorggerelateerde onderdelen gefinancierd via het huidige BFM, aangevuld met de kost van geneesmiddelen, medische hulpmiddelen evenals het gedeelte van de honoraria dat werkingskosten dekt die niet vergoed worden door het BFM. Op termijn kunnen ook de kosten voor de pre- en posthospitalisatie in het pathologieforfait worden opgenomen.

De wijze van aanrekenen van de medische prestaties blijft ongewijzigd ten opzichte van het huidige systeem, met inbegrip van en ongewijzigd behoud van het huidige systeem van honorariumforfaits voor laagvariabele zorg.

Belangrijk is ook dat deze hervorming een einde zal maken aan de duale en verstrengelde financiering van artsen en ziekenhuizen. Dit zal een belangrijke hefboom zijn om de druk op overconsumptie af te bouwen en de kiem te leggen voor een vernieuwd samenwerkingsmodel tussen artsen en ziekenhuizen. Een samenwerkingsmodel gericht op de noden van de patiënten, op zorgorganisatie en zorgkwaliteit, eerder dan op financiële discussies.

De hoeksteen van de hervorming is het correct berekenen per pathologie van de verantwoorde inzet van middelen en hun reële kost. Dit betekent dat er een sterk verband bestaat tussen deze hervorming en de geplande nomenclatuurvorming (zie infra). Het berekenen van de all-in forfaits per DRG houdt immers enerzijds een kostenallocatie in van de benodigde omkadering aan zorgpersoneel per pathologie tijdens het ziekenhuisverblijf (wat onder meer het luik bfm betreft) en anderzijds het in kaart brengen van de kost van medische prestaties (wat vandaag deels gefinancierd wordt door afdrachten op medische honoraria).

Eens deze kosten in kaart gebracht, moet worden berekend welk gedeelte van deze kosten door het BFM dan wel door de honoraria wordt gedekt. Vervolgens moet per DRG worden vastgelegd welke medische prestaties er deel van uitmaken om te kunnen berekenen welk kostendekkend gedeelte vanuit de honoraria aan het DRG forfait wordt toegevoegd (bovenop het deel uit BFM en uit andere RIZIV financieringskanalen (oa voor medische hulpmiddelen).

De globale berekening van alle DRG's zal op macroniveau ook transparantie bieden in het gedeelte van de totale honorariummassa dat dient om kosten te dekken.

Dit alles vergt een grondige studie die tijd vraagt. Er wordt onmiddellijk met deze werf gestart zodat het all-in pathologieforfait kan berekend worden vanaf eind 2023.

De datacollectie van kosten zal opstarten in enkele peilziekenhuizen. Parallel zullen de regels qua analytische boekhouding worden verduidelijkt zodat in de toekomst data uit alle ziekenhuizen gebruikt kunnen worden voor de opvolging en een regelmatige update van de forfaits in functie van een evoluerende praktijkvoering. Hiertoe wordt samen met de invoering van de DRG forfaits ook een DRG cel opgericht binnen de FOD/RIZIV administratie die met deze opvolging wordt belast.

Het in kaart brengen van de kosten van medische prestaties is onderdeel van het project nomenclatuurhervorming zoals ingeschreven in het nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen (zie infra). Hierbij zal binnen het honorarium van medische prestaties onderscheid worden gemaakt tussen een professioneel en een werkingsgedeelte. Idealiter baseert deze analyse zich op de nieuwe nomenclatuurcodes die in het kader van de eerste fase van dit project door de betrokken onderzoeksgroepen worden uitgewerkt. De resultaten hiervan moeten zich evenwel nog vertalen in een aanpassing van de facturatieregels waardoor het nog enige tijd zal duren vooraleer deze over een periode die voldoende lang is om valide data te genereren in de boekhouding van ziekenhuizen zal terug te vinden zijn. De analyse zal dan ook gestart worden op basis van de huidige nomenclatuurnummers. Deze kunnen in een volgende fase, na 2024, verder worden verfijnd eens na invoering van de facturatiepakketten, de kosten verbonden aan de nieuwe nomenclatuurcodes opgevolgd kunnen worden.

Er wordt ook een studie opgestart om de verblijfskosten per DRG (hoofdzakelijk inzet personeel op verpleegafdelingen en verbruiksmateriaal, ...) te bepalen.

We leggen hiermee de nodige fundamenten om de ziekenhuisfinanciering grondig te herzien op basis van een all-in pathologie forfait, en dit op basis van verantwoorde reële kosten. Het is de ambitie het nodige voorbereidend studiewerk af te ronden tegen 2023 waarna we in 2024 de bouwstenen kunnen samenbrengen, teneinde de all-in forfaits vanaf 1 juli 2025 in te voeren.

3.1.2 Versnelde aanpak voor klinische biologie; medische beeldvorming en geneesmiddelen

In afwachting van het invoeren van de all-in forfaits worden deze legislatuur tussentijdse voorbereidende stappen gezet.

Zoals voorzien in het nationaal akkoord artsen ziekenfondsen 2021 en verder gepreciseerd in het akkoord 2022-2023, zal voorrang worden gegeven aan de sectoren klinische biologie en medische beeldvorming volgens een aanpak die rekening houdt met de specificiteit van beide sectoren. Hierbij zal specifiek ingezet worden op een verantwoord gebruik van de middelen en een correct voorschrijfgedrag.

De sector van de klinische biologie is goed voor 1,4 miljard euro waarvan 663 miljoen euro voor gehospitaliseerde patiënten en 697 miljoen euro in de ambulante sector. Hiervan wordt ongeveer de helft door de niet-ziekenhuislabo's aangerekend. In deze sector is een opsplitsing van de vele individuele verstrekkingen in een professioneel en kostengedeelte in de praktijk onmogelijk. Er wordt daarom geopteerd om voor de verschillende groepen van analyses (chemie, hematologie, oncologie, microbiologie...) een kostenstructuur vast te stellen, die zowel geldt voor de ambulante als de gehospitaliseerde verstrekkingen. De verstrekkingen bedoeld in artikel 33bis en 33 ter van de huidige nomenclatuur worden niet betrokken in deze oefening. Het gaat om de moleculaire biologische testen op menselijk (genetisch) materiaal. Het zijn testen die vaak ook gebeuren door andere artsen dan klinisch biologen, zoals genetici en pathologisch anatomen.

Het volgende wordt voorzien:

- Uit de reeds gerealiseerde analyses blijkt dat er een niet onaanzienlijke marge bestaat die wordt aangewend om niet-laboratoriumkosten binnen de ziekenhuizen te financieren. Om redenen van transparantie en het doelmatig gebruik van de middelen is het wenselijk dat deze kosten op een meer rechtstreekse wijze worden gefinancierd. Daarom zal tegen 2023 de waarde van de sleutelletters worden verminderd ten belope van de vastgestelde marges. De vrijgemaakte middelen zullen op een andere wijze worden aangewend en bestemd binnen de ziekenhuissector en dit na overleg met de betrokken partners. Dit moet leiden tot een meer rationeel gebruik van de middelen in deze sector.
- We stappen versneld over naar een DRG-forfait klinische biologie per opname. In eerste instantie zal dit vanaf 2023 gebeuren op basis van huidige uitgaven. In tweede instantie op basis van een kostenstudie. Op basis van deze resultaten zal de opsplitsing werkingskosten – professioneel gedeelte geobjectiveerd kunnen worden.
- Vergelijkende cijfers met ons omringende landen wijzen op een overprescriptie en -consumptie in België in meerdere sectoren, waaronder in het bijzonder de klinische biologie, de medische beeldvorming en geneesmiddelen. In het kader van de hervorming van de klinische biologie is het dan ook aangewezen om de voorschrijvers te responsabiliseren. Concreet wordt gedacht om een virtueel normbedrag vast te stellen voor klinische biologie gekoppeld aan de kenmerken van het patiënteel van de voorschrijver buiten het ziekenhuis. Bij afwijking hiervan zal, desgevallend na een monitoringperiode, een financiële correctie worden doorgevoerd bijvoorbeeld in het kader van de accreditering.

Meer dan klinische biologie, is medische beeldvorming in hoofdzaak een ambulante activiteit. De totale uitgaven (2019) bedroegen 1.300.000 k€, waarvan 1.000.000 k€ ambulant. Het is dan ook logisch een meer globale financieringsmethodiek, die zowel de residentiële als ambulante activiteiten omvat, in te voeren in deze sector, eerder dan het uitwerken van een forfait medische beeldvorming per DRG.

Een belangrijk aandachtspunt is ook hier dat de aanpassing aan het financieringsmodel het rationeel voorschrijven van medische beeldvorming ondersteunt. En dit niet vanuit alleen een budgettair objectief maar vooral vanuit een gezondheidszorgdoelstelling die erin bestaat om onnodige stralenbelasting te vermijden. Uit internationale vergelijkingen blijkt dat het aantal onderzoeken zware medische beeldvorming (CT, NMR en PET) per 1000 inwoners in België 50 % hoger ligt dan het EU25 gemiddelde. En dit niettegenstaande de in de voorbije jaren reeds genomen initiatieven op vlak van rationeel voorschrijven.

Bij de aanpassing van de financiering gericht op een doelmatig gebruik van zware medische beeldvorming zal rekening gehouden worden met de beschikbare gegevens onder meer vanuit recente audits.

De prestaties van interventionele radiologie evenals de conventionele radiologie en echografie vallen buiten deze hervorming.

- De idee is een financieringsmodel in te voeren met enerzijds een professioneel honorarium voor de arts (de modaliteiten ervan moeten verder met de sector worden uitgewerkt) en anderzijds een forfaitair honorarium voor de werking van het toestel; gebaseerd op verantwoorde reële kosten in functie van een verantwoord volume aan prestaties. Het forfait is gebaseerd op een genormeerde populatiegebonden financiering. Er wordt daarbij gekeken naar het marktaandeel van elk ziekenhuis voor zware medische beeldvorming, de huidige consumptie van onderzoeken, een te bepalen normconsumptie en een te bepalen verantwoord aantal toestellen per ziekenhuis. Dit naar analogie met het Frans model. Overleg zal hierover worden opgestart met de sector. De modaliteiten van het professioneel honorarium moeten verder in overleg met de sector worden uitgewerkt.
- Om het doelmatig gebruik verder te stimuleren, wordt een responsabilisering voorzien van zowel de voorschrijver als de radioloog. Voor de voorschrijver wordt een verplicht elektronisch voorschrift ondersteund door clinical decision support ingevoerd. Het voorschrijfgedrag conform met clinical guidelines is aldus op te volgen. De radioloog wordt geresponsabiliseerd in zijn/haar substitutierecht. Alvorens een afspraak met de patiënt kan worden vastgelegd moet hij/zij een voorafgaand akkoord geven op basis van het elektronisch voorschrift. Bij afwijking hiervan zal, desgevallend na een monitoringperiode, een financiële correctie worden doorgevoerd bijvoorbeeld in het kader van de accreditering.

In afwachting van het invoeren van een all-in pathologieforfait, wordt ook voor geneesmiddelen vanaf 2023 het huidige op de case mix van het ziekenhuis gebaseerd forfait vervangen door een forfait per pathologie.

De Commissie voor Tegemoetkoming van Geneesmiddelen zal voorts om advies gevraagd worden naar de noodzaak van een update van de exclusielijst, onder meer in het kader van een eventuele forfaitarisering van de geneesmiddelen in het internistisch dagziekenhuis. De uitgaven van de verplichte ziekteverzekering voor geneesmiddelen in het ziekenhuis bedroegen in 2019 2,579 miljard € (49 % van het totale budget). De uitgaven voor in het ziekenhuis opgenomen patiënten (424 miljoen € in 2019) blijven stabiel, evenals die in de open officina (2,647 miljard € in 2019). De uitgaven voor ambulante patiënten in het ziekenhuis daarentegen stijgen sterk met groeicijfers op jaarbasis die variëren tussen 16 en 21 % tussen 2017 en 2019.

3.1.3 Essentiële randvoorwaarden

Het vastleggen van all-in pathologieforfaits op basis van de hogervermelde kostenberekening dient gepaard te gaan met het verduidelijken van de noodzakelijke randvoorwaarden.

Er zal een specifieke regeling worden voorzien voor de financiering voor hoge risico's. Een uniforme, op voorhand vaststaande financiering per type patiënt botst op zijn grenzen voor risicopatiënten of zeer complexe ziektebeelden. De variabiliteit in kosten per opname is te groot en te onvoorspelbaar. Daarom hanteren alle landen, naast hun DRG-financieringssysteem, ook andere mechanismen. Deze zorgen ervoor dat bij de berekening van de gemiddelde bedragen per DRG bepaalde elementen worden uitgesloten en afzonderlijk worden vergoed. Voorbeelden van elementen die worden uitgesloten zijn bepaalde patiëntengroepen (bv. patiënten met ernstige brandwonden, palliatieve patiënten), bepaalde diensten en producten (bv. dure geneesmiddelen, medische hulpmiddelen,...) en "outlier" verblijven. De exclusie elementen evenals hun financiering (zoals een forfaitair bedrag per dag in plaats van per opname of op basis van reële kosten) dienen te worden vastgelegd.

De invoering van pathologieforfaits per DRG houdt in dat budgetoverschrijding dreigt bij een – in functie van de demografie - onvoorziene toename van het aantal opnames. Het is daarom nodig responsabiliseringsmechanismen uit te werken teneinde onnodige ziekenhuisopnames te vermijden en dit risico te beperken.

Aan het KCE zal worden gevraagd om zowel de problematiek van de outliers als die van de responsabilisering te onderzoeken, onder meer aan de hand van internationale voorbeelden.

Tevens blijft registratie van de geleverde prestaties nodig teneinde de evolutie in praktijkvoering te kunnen opvolgen en een eventueel ondergebruik van middelen te voorkomen.

Prioritair dient werk gemaakt te worden van de bepalingen in de nationale akkoorden artsen – ziekenfondsen 2021 en 2022-2023 die stipuleren dat -met betrekking tot de nomenclatuurhervorming en de aanpassing van de ziekenhuisfinanciering- drie elementen van essentieel belang zijn:

- ten eerste moeten met betrekking tot het kostengedeelte van de honoraria wettelijke garanties worden voorzien op het vlak van het medisch beheer
- ten tweede dient een wettelijke omkadering te worden vastgesteld in de zin van artikel 155 § 3, tweede lid van de ziekenhuiswet. Dat artikel bepaalt per te nemen KB welke kosten veroorzaakt door medische prestaties en die niet gedekt zijn door het BFM, ten laste van de honoraria kunnen worden gelegd
- ten derde moet dit gepaard gaan met een simultane inkrimping van de medische honorariumafdrachten aan de ziekenhuisbeheerder alsook met een betere beheersing van de supplementen.

Parallel aan de uitwerking van op kosten gebaseerde forfaits per pathologie wordt aandacht besteed aan de financieringsregels voor de niet rechtstreeks aan zorg gerelateerde werkingskosten van het ziekenhuis. De berekening van bepaalde onderdelen van het BFM waaronder het onderdeel B1 (ondersteunende diensten) en B5 (ziekenhuisapothek) berust op verouderde parameters. Een herziening hiervan, zoals gevraagd door de sector, is aangewezen, weliswaar binnen een ongewijzigde BFM enveloppe.

3.1.4 Een stap richting bundled payment

Gezondheidszorgsystemen worden in toenemende mate geconfronteerd met een vergrijzende bevolking en een stijgende prevalentie van chronische multimorbiditeit. Zorgcontinuïteit en een multidisciplinaire samenwerking tussen zorgverleners en -settings wordt steeds belangrijker. Het financieringsmodel moet zo geconcipieerd worden om bredere systeemproblemen effectief aan te pakken en dit ongeacht de setting. Een DRG-financiering per opname aan sich schiet inderdaad tekort.

Op termijn moeten we verdere stappen zetten naar een financiering die de continuïteit, coördinatie en integratie van zorg beoogt. Innovatieve financieringsystemen zoals bundled payment of populatiefinanciering moeten geëxploreerd worden. Gebundelde financiering verwijst naar een enkele betaling voor alle zorg die gerelateerd is aan de behandeling van een patiënt met een specifieke aandoening en dat voor een bepaalde periode. Hierbij wordt het hele traject gefinancierd. Deze financiering betreft een bepaald type pathologie. Het totale beschikbare budget wordt bepaald voor een aantal patiënten en wordt beheerd door één zorginstantie (naargelang het geval de eerste lijn of het ziekenhuis).

Via de pathologieforfaits wordt de kost van één van de bouwstenen in het geheel van structuren dat dient uitgebouwd te worden mbt de geïntegreerde aanpak van chronische aandoeningen in een gepast zorgcontinuüm geïdentificeerd.

Hiernaast zetten we op korte termijn volgende stappen in een geïntegreerde zorg

- In het kader van de riziv-begroting 2022 werden de nodige middelen opzij gezet om geïntegreerde zorgpaden verder uit te werken, met name inzake obesitas, diabetes, longcovid, perinatale zorg, pulmonaire revalidatie, pre- en post abdominale orgaantransplantatie, psychiatrische zorg,...
- In navolging van het regeerakkoord, zullen eveneens alternatieven voor klassieke hospitalisatie met behulp van onder andere innovatieve technieken gestimuleerd moeten worden. Thuishospitalisatie wordt structureel uitgerold. Het overleg over een financierings- en organisatiemodel terzake voor chemotherapie en antibioticabehandelingen zit in de laatste fase.
- Op basis van de bevindingen van de lopende KCE-studie over pediatrie zullen in de loop van 2022 pilootprojecten kinderthuiszorg worden gelanceerd, met als bedoeling de gespecialiseerde zorg voor kinderen waar mogelijk meer in de thuisomgeving mogelijk te maken.

In het kader van deze initiatieven zal ook gekeken worden naar reconversiemogelijkheden van acute naar chronische ziekenhuisbedden of naar alternatieve zorgvormen.

3.2 Stimuleren en harmoniseren van de daghospitalisatie

Meerwaardecreatie houdt ook het stimuleren van daghospitalisatie in. We beogen hierbij een tweevoudige doelstelling: het aanmoedigen van de implementatie van innovatieve technieken en het terugdringen van onnodige overnachtingen in het ziekenhuis. Ten eerste omdat dit kosteneffectief is, een ziekenhuisbed kost nu eenmaal veel, en we moeten onnodige opnames vermijden. Maar ten tweede uit oogpunt van Volksgezondheid om, gezien de kortere verblijfsduur, het risico op nosocomiale infecties voor de patiënt te verminderen.

Teneinde de benodigde opvang voor de patiënt te vrijwaren, behoudt de patiënt het recht om in samenspraak met de arts een nacht in het ziekenhuis te verblijven.

Voortbouwend op de werkzaamheden van de gemengde WG FRZV/OC, en in samenwerking met de wetenschappelijke verenigingen, dient in functie van de evolutie op vlak van chirurgische technieken in de loop van 2022 werk gemaakt te worden van de update van de “A” lijst (ingrepen die in daghospitalisatie mogen worden verricht) gekoppeld aan het herinvoeren van de “B” lijst van oneigenlijke ziekenhuisverblijven (ingrepen die eigenlijk in daghospitalisatie moeten worden verricht). Voor de ingrepen op de B-lijst geldt tevens een verbod tot het aanrekenen van toezichtshonoraria en forfaits die normaal bij een klassieke opname kunnen aangerekend worden. Dit moet ervoor zorgen dat ziekenhuizen en artsen er geen belang bij hebben om de patiënt onnodig op te nemen.

Parallel aan de update van de A-lijst en de herinvoering van de B-lijst dringt zich een harmonisatie op met de inhoud van en financiering van de RIZIV forfaits. Tenslotte dient ook nagekeken te worden of alle prestaties die momenteel in een operatiesetting worden uitgevoerd, daar effectief thuishoren. Voor verblijven in daghospitalisatie wordt het invoeren van een forfait per pathologie voorzien volgens dezelfde principes en dezelfde sequentie als voor de klassieke hospitalisatie (cf. supra).

3.3 De financiering en organisatie van specifieke functies en opdrachten

De financiering en organisatie van enkele specifieke functies en opdrachten wordt nader bekeken. Meer bepaald de spoedeisende hulp, de universitaire ziekenhuizen en de financiering van Sp bedden.

De graad van urgentie voor de opvang van een pathologie is een belangrijke parameter in het rationeel organiseren van het zorgaanbod in netwerkverband. Het volledige zorgtraject van de patiënt is daarbij bepalend. Dit betekent dat urgent te behandelen pathologieën zoals een polytrauma of een cardiovasculair incident (AMI, CVA) onverwijld naar het dichtstbijgelegen ziekenhuis dienen gebracht te worden waar naast een functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg ook een B2 cardiaal zorgprogramma, stroke unit en/of traumateam voorhanden is. Een dergelijke organisatie moet toelaten dat binnen een regionale zone het aantal functies gespecialiseerde versus eerste opvang van spoedgevallen, elk met een passende permanentiefinanciering, kan worden gerationaliseerd. De huidige regelgeving inclusief deze met betrekking tot het urgent prehospital transport dient hieraan te worden aangepast.

De huidige regelgeving voorziet in een bijkomende financiering voor de universitaire ziekenhuizen (B7A) omwille van hun drieledige opdracht (tertiaire zorgfunctie, opleiding en onderzoek). Een herevaluatie van de parameters op basis van dewelke deze bijkomende financiering wordt toegekend zal worden doorgevoerd.

Mede omwille van medisch technologische innovaties en de daaraan verbonden shift naar daghospitalisatie enerzijds en de demografische evolutie anderzijds wijzigt het benodigde profiel aan ziekenhuisbedden, met een verschuiving van de nood aan acute bedden naar meer chronische bedden. Een adequate afstemming tussen de zorgomkadering in de chronische bedden en het patiëntenprofiel is daarbij essentieel. We verwachten een advies van de FRZV die zich momenteel buigt over de

programmatische en passende reconversie- en financieringsregels voor Sp bedden in functie van het erin opgenomen patiëntenprofiel.

4. HERVORMING VAN DE NOMENCLATUUR

Binnen de ziekenhuishervorming neemt de hervorming van de nomenclatuur een bijzondere plaats in. Een aanzienlijk aandeel van de ziekenhuisfinanciering verloopt via afdrachten van honoraria van de artsen. Dit leidt tot een duale en onvoldoende transparante financiering.

In het akkoord artsen-ziekenfondsen van 16 december 2020 werd een akkoord bereikt om binnen de honoraria van alle artsen het gedeelte medische honorarium bestemd om alle kosten die direct of indirect verbonden zijn aan de uitvoering van de medische verstrekkingen en die niet gedekt worden door andere bronnen op een transparante en gestandaardiseerde manier te onderscheiden van het gedeelte honorarium bestemd om de verstrekking van de arts te dekken.

Ook andere objectieven moeten via een hervorming van de nomenclatuur gerealiseerd worden (wegwerken van onredelijke inkomensverschillen tussen artsen, aanpassen van de nomenclatuur aan nieuwe modellen van zorgverlening, invoeren van incentives die samenwerking en kwaliteit bevorderen...).

De hervorming van de nomenclatuur werd opgestart op 25 september 2019 en verloopt in verschillende fasen. De eerste fase betreft de herstructurering en aanpassing van de omschrijving van de verstrekkingen aan internationale standaarden. Deze fase wordt tegen maart 2022 afgerond en dient vervolgens door de bevoegde organen te worden gevalideerd zodat met de volgende fase van start kan worden gegaan.

Begin 2022 wordt parallel met de volgende fases gestart. In het akkoord artsen-ziekenfondsen van 21 december 2021 werd terzake een concrete roadmap uitgestippeld.

Eenzijds zal op basis van de geherstructureerde nomenclatuur de relatieve waarde-eenheid van het professioneel gedeelte van de verschillende verstrekkingen worden vastgesteld, op basis van de tijdsduur van verstrekking, de vereiste expertise en het aan de verstrekking gerelateerde risico. Deze analyse, die drie jaar in beslag zal nemen, wordt eerst per discipline uitgevoerd en vervolgens interdisciplinair en transversaal verfijnd.

Anderzijds zal overeenkomstig de afspraken tussen artsen en ziekenfondsen en zoals hierboven vermeld, het aandeel van de directe en de indirecte werkingskosten per verstrekking worden in kaart gebracht. Deze analyse zal worden uitgevoerd op basis van de analytische boekhoudingen van een groep van peilziekenhuizen die geografisch en qua dimensie voldoende representatief zijn. Deze analyse zal twee jaar in beslag nemen.

Finaal zullen de verstrekkingen en het beschikbare budget worden onderverdeeld tussen een professioneel en een kostengedeelte. Voor de verschillende verstrekkingen zal vervolgens een relatieve waarde-eenheid in EUR worden vastgesteld. De betrokken bedragen mbt werkingsmiddelen

zullen tenslotte geïntegreerd worden in de DRG-forfaits of voorzien worden als een praktijktoelage voor ambulante verstrekkingen.

5. VALUE BASED PURCHASING : HET MODULEREN VAN DE OP ACTIVITEITEN GEBASEERDE ZIEKENHUISFINANCIERING IN FUNCTIE VAN BEREIKTE KWALITEIT

Het is onnodig te herhalen dat de huidige ziekenhuisfinanciering berust op de gepresteerde activiteiten. Het idee om deze financiering te moduleren in functie van de geleverde kwaliteit van zorg bestaat al geruime tijd.

Dit vertaalt zich vandaag in een zeer beperkt initiatief waarbij een budget van ongeveer 6 miljoen € verdeeld wordt over de ziekenhuizen in functie van het beantwoorden aan een brede waaier van indicatoren en kwaliteitsbevorderende initiatieven. Dit komt neer op een financiële incentive van grosso modo 50.000 € per ziekenhuis per jaar. De doeltreffendheid van dit initiatief om kwaliteitsbevorderende initiatieven te stimuleren, wordt logischerwijze in twijfel getrokken.

Het realiseren van een continue, daadwerkelijke kwaliteitsverbetering in de zorg vereist een multifactoriële aanpak. Dit moet geënt zijn op de verschillende dimensies van begrip “kwaliteit van zorg”, zoals uiteengezet in het referentierapport van de Institute of Medicine (IOM). Deze dimensies zijn :

- veiligheid
- effectiviteit, tijdigheid, efficiëntie, gebundeld in het concept pertinentie van zorg
- billijkheid en
- patiënt-georiënteerdheid.

Een geïntegreerd kwaliteitsbeleid in ziekenhuizen dient in te zetten op deze verschillende dimensies. Het succes ervan wordt in belangrijke mate bepaald door de graad van participatie van de medewerkers in het ziekenhuis, zoals aangetoond door recente inzichten met betrekking tot het verhogen van pertinente zorg

Financiële incentives in het ziekenhuisbudget op zich zijn onvoldoende, maar kunnen bijdragen in het geheel van kwaliteitsbevorderende initiatieven. Zoals aangetoond door P4P initiatieven in het buitenland, vereist dit evenwel een substantiëlere financiering dan de huidige 6 miljoen die hieraan wordt besteed. Het meest gekende voorbeeld zijn de Medicare initiatieven die 2 % van het door hen toegekend budget voor het ziekenhuis afhankelijk maken van het bereiken van kwaliteitsdoelstellingen.

Het is de bedoeling dit principe ook in te bouwen in het huidig BFM, en dit vanaf juli 2023. De bonificatie die kan behaald worden in functie van het bereiken van kwaliteitsindicatoren zal worden opgetrokken en zal bovendien toegespitst worden op een zeer beperkte set van indicatoren. Deze indicatoren dienen betrekking te hebben op de dimensie veilige zorg binnen het IOM concept van

kwaliteit van zorg; een budgettaire impact hebben én aansluiten bij andere gewenste gezondheidsdoelstellingen.

De prevalentie van nosocomiale infecties in de Belgische ziekenhuizen bedraagt 7.3 %. Dit is hoger dan het EU-15 gemiddelde van 6.4 %. Een belangrijke doelstelling van het gezondheidszorgbeleid blijft het voorkomen van nosocomiale infecties en het terugdringen van antimicrobiële resistentie. In dat verband verwijzen we ook naar de aanbevelingen opgenomen in het Belgisch Nationaal actieplan “One Health” voor de bestrijding van antimicrobiële resistentie (AMR).

Om dit actieplan nog te versterken, wordt de uitbreiding van het P4P programma vanaf 2023 gericht op het bestrijden van antibiotica resistentie en het voorkomen van nosocomiale infecties. Concreet betekent dit dat het voor het P4P gereserveerde gedeelte van het BFM budget slechts aan het ziekenhuis toegekend wordt indien het ziekenhuis de vooropgestelde kwaliteitsindicatoren rond nosocomiale infecties (zoals catheter gerelateerde sepsis, postoperatieve wondinfecties of ventilator acquired pneumonia) haalt.

6. BEHEERSING VAN DE SUPPLEMENTEN

Het Regeerakkoord bepaalt dat in overleg met de belanghebbenden de groei van de ereloosupplementen zal worden gereguleerd, gestabiliseerd en vervolgens afgebouwd, waarbij een verschuiving naar een extramurale setting maximaal wordt vermeden.

Het is duidelijk dat deze problematiek inherente linken vertoont met de hervorming van de nomenclatuur alsook met de hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Het is dus logisch dat op dit vlak parallel en gelijktijdig maatregelen worden genomen die tevens de toegankelijkheid van de gezondheidszorg bevorderen.

Recent werden in het kader van het wetsontwerp houdende diverse dringende bepalingen inzake gezondheid maatregelen genomen met het oog op creëren van een grotere transparantie met betrekking tot de aangerekende ereloosupplementen in de ambulante sector. Het wetsontwerp voorziet ook de mogelijkheid om een voorafgaandelijke kostenraming in te voeren.

Voor wat de ziekenhuisverblijven betreft, werden in het verleden reeds een aantal maatregelen genomen. Ereloosupplementen kunnen enkel worden aangerekend voor verblijven op eenpersoonskamers. Deze maken ongeveer 20 % uit van het totaal aantal ziekenhuisverblijven. Uit de analyse van het IMA blijkt dat hierbij een bedrag van 610 mio euro aan de patiënten werden aangerekend. Hierbij zijn er grote verschillen tussen ziekenhuizen, tussen artsen van dezelfde disciplines en tussen de artsdisciplines onderling. In ongeveer de helft van de betrokken verblijven worden ereloosupplementen aangerekend van meer dan 1.000 EUR per opname. Er zijn uitschieters tot 30.000 EUR per verblijf.

Om redenen van sociale bescherming is het noodzakelijk om verdere stappen met betrekking tot deze problematiek uit te werken.

In de loop van 2022 zullen volgende maatregelen worden genomen.

-Teneinde de groei van de supplementen te stabiliseren, zal wettelijk worden bepaald dat met ingang van 1 januari 2022 en voor een periode van twee jaar in de ziekenhuizen geen akkoorden mogen worden gesloten tot verhoging van de ereloonsupplementen alsook dat de afdrachtenregeling voor dezelfde periode niet mag leiden tot hogere afdrachten dan degene die werden toegepast in 2021. Op deze wijze wordt de maatregel verlengd die in het kader van de financiële ondersteuning van de ziekenhuizen werd ingevoerd door de vorige regering.

-Verder zal in uitvoering van het akkoord artsen ziekenfondsen van 21 december 2021 wettelijk voorzien worden dat ambulante onderzoeken die enkel in het ziekenhuis kunnen worden verricht, ook aangeboden moeten kunnen worden tegen conventietarieven, zoals vandaag ook voorzien is voor gehospitaliseerde patiënten. Dit is het gevolg van de vaststelling dat in sommige ziekenhuizen bepaalde radiologische onderzoeken niet meer tegen conventietarieven worden aangeboden.

-Tenslotte zal uitvoering worden gegeven aan de maatregelen met betrekking tot het tot stand brengen van een grotere transparantie zoals voorzien in het wetsontwerp houdende diverse dringende bepalingen met betrekking tot de gezondheid.

Vanaf 2023 zal bij opname in een eenpersoonskamer van een ziekenhuis voor bepaalde ingrepen verplichtend een kostenraming aan de patiënt voorafgaand aan de opname moeten worden meegedeeld. Hierbij moeten de ereloonsupplementen duidelijk worden vermeld. Op die manier kan de patiënt op voorhand een geïnformeerde beslissing nemen, en desgewenst opteren voor een opname in een tweepersoonskamer waarbij geen ereloonsupplementen aangerekend mogen worden.

Ook moeten - volgens voornoemd wetsontwerp- de zorgverleners in de ambulante sector de door hen aangerekende supplementen duidelijk vermelden en overmaken aan de verzekeringsinstellingen. Het is van belang dat deze verplichting uiterlijk tegen 1 januari 2023 volledig geïmplementeerd wordt zodanig dat zicht verkregen wordt op de aangerekende ereloonsupplementen in de ambulante sector.

In een tweede fase (2023-2024) zal een wettelijke begrenzing van de aanrekenbare ereloonsupplementen worden doorgevoerd. Hierbij zullen nominale plafondbedragen en maximumpercentages, zowel in de ziekenhuissector als in de ambulante sector, worden vastgesteld zodat het globaal bedrag van de ereloonsupplementen stapsgewijs kan worden verminderd. Er zal worden nagegaan om bepaalde compensatiemechanismen te voorzien, waarbij ook de verzekeringssector zal worden betrokken rekening houdend met de daling van de uitgaven van de hospitalisatieverzekeringen. Deze maatregelen hebben tot doel het principe van gematigdheid zoals voorzien in art33 van de nieuwe code van medische deontologie wettelijk te verankeren.

Tenslotte zullen vanaf 2024, samen met de hervorming van de nomenclatuur, nog enkel begrensde supplementen mogelijk zijn die berekend worden op het professioneel gedeelte van de honoraria.